

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

293

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Frédéric SAUERQUELL

Né le 9 janvier 1911, à Cernàuti (Roumanie)

L'Opothérapie thyroïdienne
dans le
Traitement de l'Hérédosyphilis
du Nourrisson

Président : M. L. TANON, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1935

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Frédéric SAUERQUELL

Né le 9 janvier 1911, à Cernăuți (Roumanie)

L'Opothérapie thyroïdienne
dans le
Traitement de l'Hérédosyphilis
du Nourrisson

Président : M. L. TANON, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1935

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	R. DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	N...
Hygiène et médecine préventive	IANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.).. Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri).. Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUEJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY ... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHEL Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ABRAMI.	Clinique médicale.	BASSET.	Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE.		BROCQ.	
AUBERTIN.		CADENAT.	
BRULÉ.		GATELLIER.	
CHABROL.		HEITZ-BOYER.	
CHIRAY.		MOURE.	
DONZELOT.		QUÉNU.	
DUVOIR.		SCHWARTZ.	
HARVIER.		VELTER.	
LIAN.			
VALLÉRY-RADOT			
(Pasteur).			
SÉZARY.			
	Clinique obstétricale.	MM.	
ÉCALLE			
GUÉNIOT.			
LE LORIER.			
LÉVY-SOLAL.			
METZGER.			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé ...	Éducation physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.
FREY.....	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE ET MON PÈRE

*En témoignage de mon profond amour
filial et de mon infinie reconnaissance pour
leur affection, leur dévouement, leurs
sacrifices.*

A MES FRÈRES

A MES AMIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550401_0061

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR TANON

Professeur d'hygiène à la Faculté de Médecine
Conseiller technique sanitaire
au Ministère de la Santé publique
Inspecteur général des Services techniques d'hygiène
à la Préfecture de Police
Officier de la Légion d'honneur

Qui nous a fait le grand honneur d'inspirer le sujet de cette thèse et d'accepter sa présidence. Qu'il veuille bien recevoir l'hommage respectueux de toute notre gratitude.

A NOS MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

L'Opothérapie thyroïdienne dans le Traitement de l'Hérédosyphilis du Nourrisson

I

Introduction.

La syphilis, en altérant le corps thyroïde, se comporte d'une manière identique que d'autres infections ou intoxications et peut aboutir à une désorganisation et à des troubles plus ou moins importants. Aussi est-il nécessaire d'associer au traitement antisyphilitique un traitement opothérapique thyroïdien, qui remplacera la glande déficiente.

Le corps thyroïde étant une glande indispensable au développement normal du nourrisson, il faudra par conséquent tenir compte que le corps thyroïde est atteint, même si le nourrisson ne présente pas de troubles appréciables d'insuffisance thyroïdienne, et qu'il faut systématiquement associer le traitement opothérapique thyroïdien au traitement anti-syphilitique.

Historique.

Déjà, vers la fin du siècle dernier, Sir William Gull (1874) a étudié l'état crétinoïde de certains enfants et de certaines femmes et émis l'hypothèse de l'origine thyroïdienne de ces troubles.

En 1882, deux chirurgiens, Reverdin et Kocher, avaient préconisé l'ablation du goitre endémique en Suisse.

Ils ont observé deux sortes d'accidents :

- a) précoces ou tétanie strumiprive,
- b) tardifs ou cachexie strumiprive.

Les accidents précoces étaient des spasmes musculaires graves dus à l'ablation de la parathyroïde. Les accidents tardifs étaient des troubles trophiques et généraux dus à l'ablation du corps thyroïde.

Les recherches de Gley, Moussu, Frédéric Muller et Magnus Lévy ont contribué à démontrer que le corps thyroïde est indispensable à la vie et à la croissance. Il en résulte que l'opothérapie thyroïdienne est indispensable dans tous les cas où il y a absence ou arrêt de développement, ou atrophie du corps thyroïde.

Au point de vue expérimental, les recherches ont montré que l'animal, après la thyroïdectomie, devient triste, abattu, son développement physique et intellectuel est arrêté, il est apathique, ses téguments sont infiltrés. D'autre part, il présente des troubles du développement osseux ; les os ne s'allongent pas en conservant leur cartilage de conjugaison. En outre, il y a inactivité musculaire, hypotension, bradycardie et diminution du métabolisme basal.

Evidemment, ces troubles ne s'observent qu'en partie si la thyroïdectomie est faite chez un animal adulte.

Comment agira la thyroïde dans ces cas ?

Le greffon thyroïdien ne pousse que chez les animaux thyroïdectomisés, jamais sur un sujet normal. Il suppléera la déficience en iode, l'insuffisance thyroïdienne réapparaît dès qu'on enlève la greffe.

III

Étude clinique.

L'insuffisance thyroïdienne, l'athyroïdie entraînent le myxœdème. Le myxœdème du nourrisson, c'est-à-dire myxœdème précoce, peut être congénital ou acquis. Il est dû à l'absence, à l'arrêt du développement ou à l'atrophie du corps thyroïde avant ou après la naissance.

Il est exceptionnel que le nouveau-né présente des signes d'un myxœdème caractérisé, c'est le plus souvent vers six à huit mois que deviennent appréciables des troubles qui attirent l'attention.

Chez le nourrisson, on peut rencontrer des états morbides qui permettent de penser à un myxœdème fruste. Il s'agit d'un enfant gras, d'apparence adipeuse, le visage est plein et arrondi, le crâne assez volumineux, le nez court et large. Il existe du coryza chronique, de la blépharite ciliaire, de l'hypotrophie chronique du tissu lymphoïde du pharynx, les sourcils sont peu nombreux, quoique souples. Le teint est pâle, les érythèmes, l'eczéma sont fréquents, quelquefois il y a ichtyose.

Quand le bébé avance en âge, on remarque que

l'intelligence ne s'éveille pas, le regard reste vague, l'enfant ne s'intéresse à rien, il reste immobile. Plus tard il ne cherche pas à parler, ni à se tenir sur ses jambes.

La dentition, dans le cas de myxœdème précoce ou congénital, est considérablement retardée dans son apparition et prolongée dans son évolution.

La première dent n'apparaît que dans la deuxième année et les dernières vers deux ans et demi.

Au point de vue appareil circulatoire, la tension artérielle est faible; le pouls, de fréquence variable, est faible et petit, il y a microsphygmie.

Les études de Vaquez, Kroeplin, Mendel, Masson montrent que le sang présente une diminution considérable des globules rouges, dont le nombre tombe à trois millions par millimètre cube et même au-dessous. On note également une diminution portant sur le taux de l'hémoglobine de 65 à 70 %.

Quelquefois on constate la persistance du diamètre foetal des hématies et la présence des hématies nucléées. Le nombre des leucocytes est en général normal.

En ce qui concerne le corps thyroïde lui-même, il peut avoir entièrement disparu ou bien n'être représenté que par une masse fibreuse, c'est le résultat d'un arrêt dans son développement ou d'une régression de ses éléments.

Garnier a trouvé quatre fois, sur cinq autopsies d'héredo-syphilitiques morts en bas âge, des lésions thyroïdiennes consistant en une diminution de la substance

colloïde, avec accumulation des cellules glandulaires dans la lumière des vésicules ; une organisation défectueuse des vésicules. En outre on note une infiltration leucocytaire. Plus rarement on trouve des gommès. Cependant, dans les travées conjonctives, au sein de cellules, on trouve des tréponèmes (Hulschmann).

Malgré ces troubles du développement du corps thyroïde, le myxœdème chez un hérédo-syphilitique est rare ; c'est surtout l'hyperthyroïdie dans ses formes frustes ou incomplètes qu'on observe.

Jusqu'à six à huit mois, le nourrisson ne présente que rarement des stigmates apparents d'une insuffisance thyroïdienne ; on les soupçonne plutôt qu'on ne peut les affirmer. On peut se demander alors si, pendant la période d'allaitement, l'iode et l'arsenic du lait maternel ne sont pour rien dans l'atténuation de l'insuffisance thyroïdienne. D'après la méthode de Fellensberg, le lait maternel contient $3 \gamma \%$ d'iode, $\gamma = 0 \text{ gr. } 000001$, tandis que, dans le sang d'un enfant normal de cinq ans, on trouve d'après la méthode de Pfeifer de $10 \gamma \%$ à $15 \gamma \%$.

Si l'iode du lait maternel joue un rôle indiscutable et favorable sur l'insuffisance thyroïdienne, ce rôle est probable mais non démontré jusqu'à présent.

IV

Rapports de l'hérédo-syphilis avec l'insuffisance thyroïdienne.

Une étude approfondie sur l'hérédo-syphilis nous révèle ses rapports avec l'atteinte de la glande thyroïde et les autres glandes endocrines.

L'hérédo-syphilis agit de trois façons différentes sur l'organisme :

- 1^o Par des lésions évolutives syphilitiques, comme dans la syphilis acquise ;
- 2^o En modifiant et en constituant un état diathésique ;
- 3^o Sur l'état mental d'une façon indirecte, principalement par atteinte des glandes endocrines et du système neuro-végétatif.

Généralement ces trois facteurs s'intriquent. Il faut ajouter que d'autres intoxications héréditaires et des maladies propres de l'enfant, postérieures à la naissance, peuvent joindre leurs effets à ceux de l'hérédo-syphilis.

Les manifestations endocriniennes de l'hérédo-syphilis sont dues moins à une action directe du tré-

ponème, qu'aux lésions ou autres troubles fonctionnels qu'il a fait naître.

Quand on se trouve en présence de dystrophies endocriniennes chez un hérédosyphilitique de deuxième ou troisième génération, toute preuve de syphilis est pratiquement impossible à faire, parce que c'est la dystrophie elle-même qui est transmise.

Donc, chez le nourrisson, des troubles de la nutrition, une baisse de poids, une anomalie quelconque doivent la faire soupçonner d'autant plus qu'on n'aura trouvé aucune étiologie qui pourrait expliquer ces troubles.

De nombreuses observations citent des cas où, dans le doute, on a fait un traitement d'épreuve, qui a donné les résultats les plus encourageants.

D'autre part, si l'atteinte du nourrisson par une syphilis héréditaire est évidente, les signes cliniques de l'atteinte du corps thyroïde par le tréponème peuvent faire défaut.

Mais des faits anatomo-pathologiques et biologiques prouvent que, malgré l'absence de signes cliniquement appréciables, le corps thyroïde est toujours plus ou moins touché.

V

Traitement opothérapique.

Après les premières études cliniques de Sir William Gull (1874) et Ord (1878) sur le myxœdème, et de Kocher et Reverdin sur la cachexie thyroïdienne, Gley et Moussu ont réussi à reproduire expérimentalement dans une certaine mesure les symptômes du myxœdème chez des animaux jeunes par thyroïdectomie.

Des greffes pratiquées sur ces mêmes animaux ont considérablement amélioré leur état. C'est à la suite de ces recherches expérimentales que Mourray (1891), Mackenzie et Fox (1892) ont montré les effets curatifs des extraits thyroïdiens sur des cas de myxœdème.

Actuellement, nous devons nous contenter de l'opothérapie par voie buccale ou sous-cutanée et utiliser pour cela des glandes thyroïdes enlevées sur différents animaux, comme celles du mouton, du bœuf, du porc et du cheval. Leur activité est à peu près la même, exception faite pour le corps thyroïde du mouton qui présente le double avantage d'avoir un poids constant et d'être le plus riche en produit actif.

On l'utilise en poudre, en extrait glycéринé ou extrait sec et sous forme de glande fraîche.

Kendall en 1914 a retiré du corps thyroïde du mouton un composé cristallisé renfermant 65 % d'iode. qu'il appelle la thyroxine.

MODE D'ACTION.

1^o Action sur le métabolisme basal.

Plummer et Boothby sont parvenus chez un myxœdémateux à qui ils ont injecté des doses très faibles de thyroxine à compenser toute perte ou destruction de thyroxine dans son organisme et à ramener de ce fait le métabolisme basal à son taux normal.

Si les doses administrées sont un peu plus élevées que dans le cas précédent, on obtient des effets plus prolongés et plus prononcés. Ainsi les mêmes auteurs ont réussi à relever le métabolisme basal chez 70 myxœdémateux de 2,8 % à la suite du traitement.

2^o Action sur la diurèse.

L'opothérapie thyroïdienne produit un accroissement de la diurèse totale, se manifestant par une augmentation soit de la sécrétion urinaire, soit de la sécrétion sudorale. Mais c'est surtout dans les tissus qu'elle agit comme diurétique. Ainsi le corps thyroïde agira favorablement sur l'infiltration du tissu cellulaire sous-cutané ; l'œdème une fois disparu, l'aspect du petit malade deviendra normal.

3^o Modification du sang.

L'examen du sang montre de l'hydrémie qui décroît lentement. Lohr a constaté dans un cas de myxœdème une régénération nette et une amélioration considérable de la formule sanguine, avec leucocytose passagère.

Cette constatation a été vérifiée expérimentalement par Fuginak et Hildebrandt.

MODE D'ADMINISTRATION DU CORPS THYROÏDE.

Commencer le traitement le plus tôt possible, condition qui a une importance encore plus grande chez le nourrisson.

Continuer le traitement pendant longtemps, même indéfiniment s'il est nécessaire.

Surveiller attentivement le petit malade, prendre régulièrement sa température et son poids.

Commencer par des doses infinitésimales et ne les augmenter que petit à petit. Il faut tenir compte qu'entre l'administration et la production de l'effet, il existe un temps perdu pendant lequel la médication n'agit pas.

Il faut interrompre fréquemment le traitement.

Il peut être indiqué d'installer un traitement polyvalent.

POSOLOGIE.

Les doses administrées chez le nourrisson seront différentes suivant le degré de l'insuffisance thyroï-

dienne. On utilise les glandes fraîches ou l'extrait total sec. Glandes fraîches : la thyroïde du mouton est généralement utilisée. La dose moyenne est d'un quart à un demi-lobe chez le nourrisson. On l'utilise en la hachant, dans du lait ou dans du bouillon à peine tiède.

L'extrait sec est employé chez le nourrisson et le nouveau-né à la dose de 0 gr. 005 à 0 gr. 05. Au début, il faut tâter la tolérance du petit malade et commencer par des doses faibles.

Nous avons également un extrait glycérimé à notre disposition, dont 1 cm³ correspond à 0 gr. 50 d'organe frais. L'emploi de l'opothérapie thyroïdienne est chez le nourrisson de deux fois, cinq jours par mois.

En associant le fluor et l'extrait endocrinien, on semble renforcer l'activité de ce dernier :

Poudre du corps thyroïde..... 0 gr. 05.

Fluorure de calcium..... 0 gr. 005 pour un cachet.

Il faut toujours commencer par des doses infinitésimales, pour tâter la tolérance du petit malade, et ne les augmenter qu'au fur et à mesure en contrôlant systématiquement leurs effets par le poids, le pouls et le métabolisme basal.

LA THYROXINE.

La thyroxine, que Kendall a extrait en 1914, n'est pas la seule substance active du corps thyroïde, comme le pensaient certains auteurs, mais un de ses éléments capitaux. Elle présente cependant l'avan-

tage d'être une substance cliniquement définie, de pouvoir être dosée exactement et d'être plus active à des doses infiniment moindres. A poids égal, elle est 500 fois plus active que la thyroïde sèche. Chez le nourrisson, étant donné que la dose employée de thyroïde sèche est de 0 gr. 005 à 0 gr. 05, la dose correspondante de thyroxine sera de 0 mgr. 01 à 0 mgr. 025

La thyroxine peut être administrée par voie buccale, mais ce mode d'administration donne des résultats moins nets et moins constants que la voie intra-veineuse, en raison sans doute d'une absorption incomplète par le tube digestif.

La voie intra-musculaire est beaucoup plus efficace que la précédente. Mais elle n'est pas non plus à conseiller, en raison des troubles qui peuvent suivre l'injection, troubles qui sont dus à l'alcalinité de la solution.

C'est la voie intra-veineuse qui constitue le procédé de choix pour l'introduction de la thyroxine dans l'organisme.

Cette voie est généralement adoptée et donne les meilleurs résultats. Cependant, 24 à 36 heures après l'injection intra-veineuse de thyroxine, on peut noter quelquefois une réaction assez forte consistant en une élévation de la température et une accélération des battements cardiaques. Cette réaction ne présente généralement aucun danger et cesse spontanément.

QUELS SONT LES ACCIDENTS QUI PEUVENT SURVENIR
AU COURS DU TRAITEMENT THYROÏDIEN

a) *Accidents immédiats.*

On peut les diviser suivant leur gravité de la façon suivante :

1^o De petits accidents ou accidents d'alarme ; on note dans ces cas une élévation de la température, des sueurs, de l'agitation, de l'insomnie et de la diarrhée ;

2^o Des accidents sérieux, où le petit malade présente une dyspnée vive et la tendance aux syncopes ;

3^o Accidents graves : syncope, mort subite.

D'après certains auteurs, dont Iscovesco, le corps thyroïde n'est pour rien dans la production de ces accidents graves, mais ce seraient des lipoides toxiques qui, sans action thérapeutique, doivent être séparés par une technique spéciale.

b) *Accidents tardifs.*

Les accidents tardifs surviennent si les doses employées sont trop fortes ou trop souvent administrées. Ils se caractérisent par des signes qui nous rappellent l'hyperthyroïdisme (tachycardie, instabilité du pouls et de la pression artérielle, crises de diarrhée, pollakiurie, tremblement).

Pour éviter les accidents, il faut toujours procéder par doses progressivement croissantes et contrôler systématiquement leurs effets par le poids, le pouls et le métabolisme basal.

VI

L'opothérapie thyroïdienne chez le nourrisson hérédosyphilitique.

Nous avons vu dans un des chapitres précédents que les études anatomo-pathologiques et biologiques, faites sur des corps thyroïdes des nourrissons hérédosyphilitiques, qui ont été extraits au cours des autopsies, ont démontré l'atteinte de ces corps thyroïdes par le trépomène et la désorganisation des vésicules qui en est résultée.

Il est évident que le corps thyroïde qui, est toujours lésé chez le nourrisson hérédosyphilitique, ne pourra plus remplir sa fonction normalement.

D'autre part, le corps thyroïde est indispensable chez le nourrisson parce qu'il joue un rôle d'une importance capitale dans le développement physique et mental de celui-ci.

Il en résulte que le traitement opothérapique thyroïdien, qui est seul capable de combler le déficit du corps thyroïde, doit être associé dans tous les cas quand on se trouve en présence d'un nourrisson hérédosyphilitique, même s'il ne présente pas de signes cliniquement appréciables d'insuffisance thyroïdienne.

VII

L'association du traitement opothérapique thyroïdien au traitement anti-syphilitique.

L'association du traitement opothérapique au traitement anti-syphilitique n'a point d'inconvénients. L'opothérapie thyroïdienne, qu'on administre deux fois par mois, en raison de cinq jours à chaque fois, peut être administrée aux jours où le nourrisson n'aura pas son traitement anti-syphilitique.

L'OPOTHÉRAPIE THYROIDIENNE ET LE TRAITEMENT MERCURIEL.

Les frictions mercurielles constituent chez l'enfant, et surtout chez le nouveau-né, un des meilleurs modes d'administration. On peut associer le traitement opothérapique thyroïdien de la sorte, en donnant pendant dix jours le corps thyroïde et en laissant les vingt autres jours du mois pour une cure de frictions mercurielles.

Les avantages des frictions mercurielles consistent surtout dans l'efficacité remarquable et indiscutée et

dans l'indolence. Cette thérapeutique respecte également les voies digestives, dont l'intégrité est une des conditions nécessaires à l'amélioration du bébé.

Elle présente comme inconvénient l'action irritante de la pommade mercurielle sur l'épiderme.

Chez le nourrisson, les frictions sont contre-indiquées sur les régions humectées d'urine, qui sont plus ou moins fissurées, et dans les plis cutanés où la peau est très fragile, irritable, quelquefois un peu macérée.

Chez le nourrisson on peut employer la pommade mercurielle simple ou la pommade mercurielle double du Codex.

Les doses employées seront chez le nouveau-né de 1 gr., à quinze jours de 2 gr. A partir du troisième mois on emploie 3 gr., dose qu'on ne dépassera pas en première enfance.

La cure est de vingt jours et on la suspend de dix jours.

L'administration par voie gastro-intestinale a comme avantage que la solution est absorbée facilement et régulièrement et comme inconvénient d'être irritante pour l'estomac et l'intestin.

Chez le nourrisson, on divisera la dose quotidienne en plusieurs prises qu'on lui fera prendre au moment des tétées en mélangeant le médicament à un peu de lait stérilisé, que l'on fait absorber avant la tétée.

Si le bébé est nourri au biberon, on mélangera la prise au lait contenu dans un biberon.

Il faut commencer par une petite dose et arriver

progressivement, en trois à quatre jours, à la dose qu'on ne dépassera pas.

Quand une diarrhée persistante s'installe, il est dangereux de la combattre chez le nourrisson et mieux vaut supprimer la médication mercurielle par la bouche.

On emploie généralement le bichlorure de Hg sous forme de liqueur de Van Swieten.

Chez le nouveau-né, on donne de 1 à 2 mgr. Chez le nourrisson, on ne dépasse pas 2 mgr. les deux premiers mois. On augmentera après les doses au fur et à mesure; ainsi à quatre mois on donnera 3 mgr., à six mois 3 1/2 mgr., à 1 an 4 1/2 mgr.

On peut également employer le lactate de mercure, avec lequel Marfan a obtenu d'excellents résultats.

La dose quotidienne est répartie en trois fois. La dose convenable est de XII gouttes par kilogramme chez le nouveau-né et le nourrisson jusqu'à trois mois, et de X gouttes à partir de trois mois jusqu'à l'âge de trois ans.

On peut également utiliser la poudre grise. La dose employée chez le nouveau-né est de 1 1/2 cgr. Chez le nourrisson, on donne 2 à 3 cgr. jusqu'à six mois et 5 à 6 cgr. jusqu'à un an.

Chez le nourrisson, la médication mercurielle la plus active, la mieux tolérée, la plus facile à appliquer est celle de la *friction*. Ce traitement ne présente aucun inconvénient en ce qui concerne l'association du traitement thyroïdien, qu'il supportera aussi bien que s'il avait été administré seul.

Après plusieurs séries de frictions, on pourra le cas échéant donner des solutions. Le bichlorure de mercure sera d'abord essayé; s'il est mal toléré on donnera du lactate de mercure et, si l'intolérance persiste, on reviendra aux frictions tant que le nourrisson ne peut pas marcher.

L'OPOTHÉRAPIE THYROIDIENNE ET LE TRAITEMENT ARSENICAL.

D'après l'avis de la plupart des pédiatres, il faudra se méfier de l'arsenic chez le nourrisson.

Les préparations arsenicales qui peuvent être utilisées sont :

Le novarsénobenzol, en injections intraveineuses, employé aux doses suivantes :

A 1 mois : de 1 cgr. comme dose minima jusqu'à 8 cgr. comme dose maxima. A 4 mois : de 1 1/2 cgr. à 10 cgr. A 8 mois : de 2 cgr. à 16 cgr. A un an : de 2 1/4 cgr. à 18 cgr.

Ces doses montrent la quantité minima et maxima qui peut être injectée chez le nourrisson, mais le poids du nourrisson est considéré égal à celui d'un nourrisson normal.

Le sulfarsénol est employé en injections intraveineuses à la dose suivante :

A trois mois, le nourrisson qui pèse cinq kgr. environ recevra de 1 à 5 cgr. de sulfarsénol par voie intraveineuse.

A six mois, s'il pèse sept kgr. environ, le nourrisson aura une dose qui va de 1 1/2 cgr. à 7 cgr.

Pour le nourrisson pesant neuf kgr. à un an, les doses employées seront de 2 cgr. à 10 cgr.

L'hectine peut être employée chez le nourrisson, mélangée au lait, à la dose journalière de deux centigrammes. Cette dose correspond à VIII gouttes.

VIII

Conclusions.

Chez le nourrisson hérédosyphilitique, les signes cliniques d'une insuffisance thyroïdienne sont difficilement appréciables avant l'âge de sept mois environ. On se trouve généralement en présence d'un nourrisson qui pousse mal, d'apparence adipeuse, le teint pâle, les sourcils sont rares.

Cependant, même en l'absence de signes cliniques décelables, le corps thyroïde est lésé anatomiquement et bactériologiquement. Les autopsies pratiquées ont montré que le corps thyroïde présentait une diminution de substance colloïde avec accumulation des cellules glandulaires dans la lumière des vésicules. On trouve des tréponèmes dans les travées conjonctives au sein des cellules.

Le corps thyroïde étant une glande indispensable au développement normal du nourrisson, il faudra par conséquent associer systématiquement chez le nourrisson hérédosyphilitique l'opothérapie thyroïdienne au traitement anti-syphilitique. L'opothérapie thyroïdienne est pratiquement le seul traitement capable de

se substituer à la sécrétion intime déficiente du corps thyroïde.

La voie buccale est la plus utilisée. On emploie de préférence la poudre du corps thyroïde desséché qu'on incorpore au lait du biberon. Il faut commencer par des doses infinitésimales pour tâter la tolérance du petit malade, puis par des doses progressivement croissantes en contrôlant systématiquement leur effet par le poids, le pouls et le métabolisme basal.

Les accidents qui peuvent résulter de l'emploi du corps thyroïde sont immédiats ou tardifs. Les accidents immédiats se caractérisent par des sueurs, de la diarrhée, de l'insomnie, de l'élévation de la température, de l'accélération du pouls. Quelquefois, ils sont plus sérieux : le petit malade présente une dyspnée vive, la tendance aux syncopes. Les accidents tardifs se caractérisent par des signes d'hyperthyroïdisme.

Contre-indications : consistent dans l'athrepsie ou l'hypothrepsie du nourrisson.

Résultats. L'efficacité de l'opothérapie thyroïdienne est remarquable : la croissance s'accélère, l'intelligence s'éveille, la somnolence disparaît, les cheveux poussent et deviennent plus souples.

Vu : le Doyen,
ROUSSY.

Vu : le Président de la thèse,
TANON.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- Apert (E.)*. — Pathologie de la glande thyroïde.
- Barthélémy*. — Hérédo-syphilis et dystrophies (Archives de Médecine des enfants, 1920).
- Costa*. — Syndromes pluriglandulaires hérédo-syphilitiques (Paris Méd., 1912-1913).
- Claude et Beaudoin*. — Syndromes pluriglandulaires (in Nouveau traité de Médecine).
- Davis*. — Syphilis of the thyroid. (Arch. intern. Méd. Chicago, 1909).
- Syphilis of the thyroid. (Arch. intern. Méd. Chicago, 1910).
- Delpy*. — La syphilis et ses rapports avec quelques glandes à sécrétion interne. Thèse Paris, 1911.
- Gougerot*. — La syphilis en clientèle.
- Halberstadt et Nouet*. — Infantilisme thyroïdien chez un pseudo-syphilitique. Hérédo-syphilis probable (Progrès méd., 7 novembre 1908).
- Hubschmann*. — Thyroïde et hérédo-syphilis (Berlin, Klin. Woch., 1906, n° 26).
- Hurtl*. — Ueber die syphilitischen Erkrankungen der Schilddrüse (Ungar. med. Presse, 1899).
- Hérédo-syphilis et thyroïde, 1898.
- Hutinel et Stévenin*. — Syphilis héréditaire et dystrophies. Archives de Médecine des enfants, 1920.
- Hutinel*. — Synergie glandulaire (Bull. Méd., 12 décembre 1917).

- Kleefeld.* — Foetus syphilitique myxoédémateux (Presse Méd. belge, 1913, p. 361).
- Lucien, Parisot et Richard.* — Endocrinologie, la thyroïde, 1 vol., 1925.
- Mendel.* — La syphilis du corps thyroïde (Semaine Médicale, 1906).
- Perrando.* — Altération thyroïde chez le foetus syphilitique (Gaz. osped., mars 1902).
- Poncet et Leriche.* — Syphilis du corps thyroïde (Gaz. Hôp., 1912).
- Rosenbauer.* — Ueber Syphilis der Schilddrüse (Staatskr., 1908).
- Smith (G. E.).* — Fetal and maternal athyrosis (Endocrinologie, 1918, p. 262).
- Triboulet, Ribadeau-Dumas et Harvier.* — Mort imprévue chez un nourrisson hérédosyphilitique. Lésions des glandes vasculaires sanguines (Bull. Soc. pédiatrie, 1907).

